

SYGDOMSFORSTÅELSE OG FORTÆLLETHERAPI Om en semiotisk-dialogisk fortællemodel

John Thobo-Carlsen

Med en skitsering af hvorledes en refleksiv semiotisk betydningsproces forløber, gives i artiklen et bud på et begrebsmæssigt og metodisk grundlag for en kvalitativ tilgang til diagnose og behandling, der kan håndtere semiotiske (dvs. betydende) processer. Dermed peges på et mere fintmasket forskningsværktøj end det, den kvantitative, kausalitetsdominerede tilgang til sygdomsområdet synes at frembyde. Med en dialogisk fortællemodel sigtes der mod at betragte den terapeutiske og kliniske situation som et verbalt og kropsligt rum, et dialogisk felt, hvor noget bliver til – måske for første gang, i stedet for udelukkende at forsøge at forstå sygdomsbilledet igennem en tolkning af det sete eller det fortalte ud fra en forestilling om, at der blot findes en systemimmanent, kausal-logisk forklaring af psykobiologisk karakter på dårligdommen. Både terapeut og patient bør snarere opfattes som læsere, lyttere og betragtere af det, der udfolder sig mellem dem. Derved vil man opdage, at noget meningsfuldt bliver til som en original sammenknytning af en flerhed af de faktorer, der spiller sammen i sygdomsbilledet.

Det følgende tager sit udgangspunkt i en række meget spændende møder for over ti år siden i den daværende *Interessegruppe for Kvalitativ Forskning ved Odense Sygehus*, som Odense Universitetshospital hed dengang. Gruppen blev etableret på initiativ af overlæge i psykiatri, Olaf Wraae, og bestod af læger, psykologer, sygeplejersker, en filosof og undertegnede. De synspunkter, som jeg dengang bragte frem i gruppen var stærkt knyttet til den opfattelse, at bestemmelsen eller fastlæggelsen af lægekundskabens objekt (krop, psyke, sygdom, sundhed) synes at være stærkt afhængig af den diskurs, i hvilken det udfolder sig. Eller sagt på en anden måde: megen sygdomsforståelse er stærkt afhængig af den måde, den bliver artikuleret på gennem sproget. Sat på spidsen kan man sige, at det måske lige så meget er historien eller snakken om den konkrete sygdom, der må under behandling, som det er de håndfaste, observerbare symptomer, man normalt fokuserer på. – Dér blev sat fokus på det semiotiske aspekt, her sætter jeg det på det dialogiske aspekt af komplekset *sygdomsforståelse*. Men først en

præsentation af det semiotiske udgangspunkt, eller det at »at læse sygdomstegn.«¹

De situationer, som jeg gerne vil knytte an til, er situationer, hvor sygdommen, kroppen, patienten og lægen er til stede, og hvor de forklarer sig for hinanden, finder ord for deres oplevelser og erfaringer og for deres respektive læsning og forståelse af symptomer, iagttagelser og af, 'hvad de hører, den anden siger'. *Det er min påstand*, at det er de situationer, der nødvendiggør det, vi overordnet kalder det kvalitative, uanset hvordan vi nærmer os dem, om det er forskningsmæssigt eller terapeutisk. Den kvalitative betragtningsmåde er nødvendig i alle led i læsningen af sygdomsbilledet, i såvel *anamnesen* som *diagnosen* og *prognosen*, for nu at tale medicinsk.

Jeg vil i det følgende argumentere for at bringe *læsningens semiotik*² i anvendelse på diagnostikkens og terapiens område, og derved sætte ord og begreber på det kvalitative paradigmeskifte i lægevidenskaben. Hvis man skal gå grundigt til værks, må man kunne forstå, hvorledes lægevidenskabens *sprog* også udfolder et menneskesyn, en kropsopfattelse og en tilværelsesforståelse. Det gælder således om at få sammenhængen mellem sprog og tilværelsesforståelse frem i lyset, så vi ved, hvad vi taler om. Derfor vil jeg komme med et bud på, hvad man kan forstå ved kvalitative diagnostiserings- og behandlingsmetoder, dvs. undersøge hvilke begrebsmæssige rammer, der egner sig til at formulere de problemer, vi støder på i moderne lægekundskab.

Symptom-læsning

Jeg vil tage udgangspunkt i den faglige hverdag, hvor læge, terapeut og patient mødes, nemlig symptom-læsning. De situationer er – forekommer det mig – beslægtet med kommunikationssituationen i det hele taget og bringes altså i funktion overalt, hvor mennesker mødes. Jeg vil altså gerne diskutere, hvordan vi – som de individer med krop og intellekt, vi er – læser og forstår vores egne sygdoms-symptomer og tegn, og som læge og terapeut læser og forstår et andet individs symptomer og tegn.

Inden vil jeg dog lige knytte an til forbindelsen mellem sygdomsverdenen og dagligdagen. Det er sikkert ikke svært at se lighedspunkterne mellem forståelsen af et sygdomsbillede og forståelse af andre områder af hverdagen, hvor mennesker kommunikerer gennem læsninger af hinandens

1 Det semiotiske fokus i det følgende er et sammendrag af Thobo-Carlsen 1993.

2 Semiotik betyder som bekendt læren om tegn og tegnenes liv i samfundet. Et tegn er noget, der for nogen står for noget. Sproget er et af de mest udbyggede tegnsystemer. Om *læsningens semiotik* i øvrigt kan jeg bl.a. henvise til mine artikler i bibliografien, specielt Thobo-Carlsen 1999.

udfoldelser, som de finder sted i dagligdagens færden og samtalen, men også i kunsten og litteraturen selvfølgelig. Spørgsmålet er bare, hvilken karakter har forbindelsen mellem det, man oplever eller registrerer og det, man forstår ved oplevelsen eller den måde, man forklarer sin oplevelse på. Spørgsmålet er vigtigt for at forstå begge veje i kommunikationen.

Nu er grundlaget for at forstå det særlige ved et møde mellem to individer eller et individ og et fænomen, der er gensidigt indrettet imod hinanden, at de er to og ikke én, at de er adskilte og vedbliver at være *den ene* og *den anden* respektive. *Forskel* på et fælles grundlag er grundvilkåret i vores oplevelse af omverdenen, ja, vel egentlig også for vores oplevelse af os selv. *Forskel* er grundbestanddelen i det, vi forstår ved betydningsdannelse³, tillige med oplevelsen af den totale identitets umulighed. Når vi siger, at alt er det samme, alting hænger sammen eller flyder over i hinanden, udvirker hinanden, så er det mere udtryk for en drøm, en diffus længsel, en idealisme end en beskrivelse af de faktiske forhold. Situationen er nok snarere den, at intet er det samme, alt er forskelligt, alt er adskilt, al såkaldt sammenhæng har genskrivnings-karakter. Nogle vil sige, alt er tegn. Al forståelse eller erkendelse *bliver til* et andet sted, f.eks. i sproget. Verden må på den måde hele tiden skabes på ny for at blive forstået. Den menneskelige organisme, som vi ynder at opfatte som noget nær det mest sublime, hvad angår sammenhæng, opnår ikke sin sublimitet vha. sammenhæng forstået som kausalitet, men snarere vha. organismens enkeltdeles avancerede refleksivitet, dvs. deres udviklede evne til at benævne eller læse hinanden. En *semiotisk symbiose* kunne man kalde den. Det er derfor også et væsentligt moment i mine tanker omkring den dialogiske fortælleterapi, som jeg straks vender tilbage til.

Forholdet mellem de to instanser er altså ikke et kausalforhold, men snarere et benævnelsesforhold, eller et gensidigt oplevelses-/udfoldelsesforhold. Man læser hinandens udfoldelser og benævner forståelsen i det sprog, man nu engang er i besiddelse af, og giver derved betydning til det, man oplever. Et sådant system kan betragtes som *et refleksivt system*, og refleksivitet, reversibilitet, eller gensidig afhængighed er en form for relation mellem et fænomen og en præsentation af det i et andet medium eller substans, som er et centralt logisk træk ved den semiotiske relation mellem tegnet og det fænomen, det *præsenterer*, i modsætning til repræsenterer i

3 Det klassiske eksempel er sprogets fonologiske opbygning. Sproget fungerer som bekendt som betydningsdanner og betydningsbærer i kraft af *fonemerne* og deres *distinktive træks* betydningsadskillende evne. Ethvert sprog fungerer ved hjælp af et endeligt antal oppositionelt fastlagte, lydige træk, der samlet i bundter danner de fonemer, som vores mindste betydningsbærende sprogdele, kaldet *morfemer*, består af. Morfemerne møder vi som ord eller dele af ord. Ved hjælp af den såkaldte kommutationsprøve kan man undersøge om en lyd er betydningsadskillende og dermed fonem i det pågældende sprog. F.eks. ved ombytning af /k/ og /h/ i kat og hat konstaterer vi, at disse lyd er fonemer på dansk.

betydningen oversættelse af en oprindelig betydning. Hvis den endelig repræsenterer noget, så er det snarere en mangel på betydning.

Men tilbage til medicinen og sygdomsforståelsen. Her har der ifølge von Uexküll⁴ altid bestået et modsætningsforhold mellem diagnostikkens brug af symptombegrebet, sygdomsforståelsen og terapiens kausalitetsstyrede behandling af sygdomme. Derfor må vi have afklaret karakteren af forholdet mellem sygdommen og dens symptomer. Er det fundamentalt et kausalt forhold, eller er det fundamentalt et semiotisk benævnelsesforhold? Er symptomet at forstå som udslaget af en defekt ved et apparat, eller er det at forstå som et svar fra et levende system?

Som udgangspunkt vil jeg hævde, at vores oplevelse af utilstrækkelighed ved de kvantitative registrerings- og behandlingsmetoder uløseligt hænger sammen med kausalitetsbegrebets begrænsning som forklaringsramme, når vi skal beskrive, hvorledes den menneskelige organisme inklusive psyken fungerer internt og eksternt så at sige. En semiotisk benævnelsesmodel ville være mere perspektivrig. Og når vi så tilmed forestiller os, at benævnelsen kan foregå på flere abstraktions- og associationsniveauer, åbner der sig mange veje at gå for såvel diagnostikken som terapien. Jo mere 'dækkende' eller 'gyldig' benævnelsen kan blive, jo større 'katharsiseffekt' kunne man sige, forstået som et sundhedstegn, som et udtryk for en evne til at klare eventuelt forklare problemet inden for symbiosens eller stor-symbiosens rammer. Hvorimod lidet dækkende benævnelse, manglende evne til at læse det ulæselige, at svare på det stillede spørgsmål eller at udfolde sin oplevelse, udvirker sygdomstegn. Benævnelsesevnen kan variere fra individ til individ, således at det samme spørgsmål kan besvares på forskellige måder, eller den samme type krise (somatisk eller psykisk) kan opleves og udleves forskelligt.

Men under hvilke betingelser opstår vores søgen efter fyldigere og gyldigere forståelses- og behandlingsrammer? Hvad er vi oppe imod, hvis vi vil forfølge det syn på symptomer (hvad enten de er somatiske, psykiske, verbale eller udfoldet på anden vis), der i højere grad betragter symptomer som aktive udlevelsesmetoder end som passive reaktioner på en eller anden systemfejl? Til at besvare dette har jeg fundet megen inspiration i Eugen Baers »Semiotics and medicine« (1989), som igen henviser til Uexküll (1984a og b). De peger på, at der i dag i lægekundskaben dominerer to retninger eller skoler, der forklarer sygdomme på hver sin måde: den ene følger det, de kalder hånd-modellen, og den anden følger det, de kalder ord-modellen. Ifølge hånd-modellen forstås sygdomme som lokaliseret et eller

4 Thure von Uexküll 1984a, som er dr. med. og tidligere prof. ved universitetet i Ulm. Han har ud over titlerne i biografien bl.a. skrevet et naturfilosofisk værk (1953), en bog om grænsen mellem åndsvidenskaberne og naturvidenskaben (1950), en lærebog i psykosomatisk medicin (1979) og sammen med W. Weisiack et teoretisk værk om Humanmedicin (1988)

andet sted i rummet, som noget vi griber ud efter og håndterer i bogstavelig forstand. Ifølge ord-modellen prøver vi ad sprogets og benævnelsens vej at forstå sygdommen som ordet, der retter sig mod summen af menneskets gerninger og handlinger. Ifølge hånd-modellen er patienten behandlet som en neurologisk eller biokemisk kropsmaskine, hvorimod patienten ifølge ord-modellen er betragtet som en person med en social historie og med afgørende individuelle erfaringer. Begge modeller eller metoder kan betragtes som knyttet til de nyere begreber om *Humanmedicin*, med stikord som menneskelige helhedssyn og integration af et bredere felt af videns- og erfaringsområder som f.eks. antropologi, filosofi, psykologi, ja sågar sprog- og litteraturkundskab. Men begge modeller er, sådan som jeg har beskrevet dem her, system-modeller, dvs. de forstår og forklarer sygdomme og sygdomslignende fænomener hver på sin måde, i hvert sit register ud fra hierarkisk opbyggede systemer med sygdommens *biologiske* niveau i bunden og det *sociologiske* og det *psykoanalytiske* niveau gradvist højere oppe på den symbolske *tolknings* rangstige. Både hånd-modellen og ord-modellen følger i princippet en kausalitetsstruktur.

Men som Baer gør opmærksom på, er der i den moderne humanmedicin en erkendt relativitet i systemet. Forholdet mellem sygdomsoplevelse og sygdom er erkendt at være et oversættelsesforhold. Sygdom oversættes til sygdomsoplevelse og sygdommen bliver derved en »kultur- og subjekt-relativ konstruktion« (ibid.: 216). Men omvendt slår sygdomsoplevelsen også tilbage på sygdommen, hvorved sygdommen bliver opfattet som en tolkning af sygdomsoplevelsen, 'jeg føler mig dårlig («illness»), mon jeg er syg («disease»)?' Sygdommen får karakter af at være en tolkning eller en forklaring på dårligheden. *Men man får kun den systemimmanente forklaring.* Dvs. den forklaring systemet kausalt logisk kan forstå. Selvom man i nyere medicin integrerer biologiske, sociale og individuelle forståelser af sygdommen og derved relativiserer subjekt-objektforholdet i sygdoms- og sundhedsforståelsen og sygdomsbekæmpelsen, hvilket jo som bekendt giver anledning til forskellige former for behandlingssystemer og også anledning til ændrede levevaner og sundhedsopfattelse hos den enkelte, så er der alligevel fundamentalt tale om systemtænkning og kausalitetstænkning. Hånd- og ord-modellen forstår hver især sygdomme igennem komplekse, hierarkisk opbyggede kausalitetssystemer, der kan være tolkende af stigende grad.

Dette system er på mange måder et funktionelt og avanceret system. Først og fremmest fordi det er et integreret, relationelt system. Det ser sygdomme i forhold til et kompleks af biologiske, sociale og individuelle determinanter. Det ser sygdomme i et subjekt/objekt-relativ perspektiv. Men det åbner også mulighed for at forstå forholdet mellem symptom i bred forstand og sygdom som et oversættelsesforhold, men stadig med komplekset af de bio-socialpsykologiske aspekter af sygdommen som den egentlige årsag.

Den semiotiske fortællemodel

Her står vi så. Her befinder vel størstedelen af diagnostikken og terapien sig i dag. Nogle benytter hånd-modellen andre ord-modellen og nogen forsøger at kombinere de to. Men som Baer også bemærker (ibid.: 233) har forholdet mellem dem karakter af at være et ydre forhold. Det er som om disse to lægekundskabsmodeller eller læsninger af det medicinske tegn ikke er forbundne med hinanden. De fremstår som to alternativer inden for det samme system. Det er to selvstændige måder at forstå og behandle sygdomme på, der begge synes at være kausalsystemimmanente. Man kan sige, at de bekræfter sig selv, når de diagnosticerer og behandler. Som de spørger, får de svar. Det tror jeg alle kender både læge, terapeut og patient. Men hvordan kommer vi ud af denne svikmølle?

Hånd-modellen og ord-modellen er betydningsmodeller, der forstår forbindelsen mellem sygdom og symptom som et i sidste ende kausalt forhold. Baer kalder den slags betydningsmodeller for system-modeller. (Man skal selvfølgelig ikke se bort fra, at det kan være hensigtsmæssigt, siger han, at anlægge en kausal betragtning på visse lokale områder, som f.eks. stress- og depressions*kontrollen*, men den kausale betragtning kan slet ikke gøre rede for kompleksiteten i de levende systemer generelt). Det, der er brug for, er en sygdomsforståelses-model, der åbner for en forbindelse mellem sygdom og symptom som et i sidste ende semiotisk forhold, dvs. et benævnelsesforhold, en oplevelse og en udfoldelse, en narrativ udfoldelse, en fortælling. *At læse sygdomstegn er som at læse fortællinger med det læseapparat, man er i besiddelse af.* Fortælle-modellen (»the story model«, ibid.: 233) er den betydningsmodel, der skal bringe os til at forstå og behandle komplekse sygdomsbilleder. Dels giver den os mulighed for at forstå tegn som symptomer, der er dannet af levende systemer, og som aktivt forholder sig til de udfordringer, de bliver sat overfor. Og dels forstår den den begrænsning eller fordrejning, der ligger i selve tegnets evne til at gengive oplevelsen. Kroppens forskellige niveauer, de kemiske tærskler, celledsystemer, organer etc. læser og udfolder deres læsning i det sprog, de besidder, på samme måde som patientens sprog udfolder hans eller hendes oplevelse af kroppens symptomale sprog. Fortællemodellen anviser vejen for både diagnosticering og behandling, idet den giver patienten og patientens krop mulighed for at *restituere* sig, i og med at patienten deltager i en *reformulering* (eller måske overhovedet *formulering*) af hele sygehistorien.

Der er to væsentlige momenter i dette, når vi taler om levende systemer: mennesker f.eks., som det medicinske, kausale system ikke kan tage tilstrækkeligt højde for, men som fortælle-modellen imødekommer. Det ene er, hvilket jeg allerede har været inde på, at forholdet mellem det oplevende system og det oplevede, altså mellem symptom og sygdom, mellem subjekt og objekt, er af *refleksiv* art. Subjektet bærer aftrykket af objektet, og objektet bærer aftrykket af subjektet. Hvad, der er objekt, er subjektivt fast-

lagt, og hvad, der er subjekt, er bestemt eller styret af objektet. Man kan ikke tale om den medicinske realitet, natur eller virkelighed, sådan som modellen fra før med et bio-fysiologisk niveau som årsag til et socio-psykologisk niveau, men man må snarere tale om en relativ realitet eller blot *en primær realitet* (ibid: 218). Ved »at fortælle« dannes en betydning, hvor der før var en mangelfuld eller ingen betydning.

Hvis jeg f.eks. ønsker at sige en kærlighedsfølelse og vælger at sige »*jeg elsker dig*«, så har kærlighedsfølelsen måttet underlægge sig sproget og dets grammatiske konventioner og muligheder, og samtidig har sproget måttet underlægge sig nogle kærlighedskonventioner, nemlig ved at lade sig bruge med den faste konstruktion *jeg-elsker-dig* i kærlighedens tjeneste. Kærligheden udfoldes på sprogets måde, og sproget udfoldes på kærlighedens måde. Hvis nu kærlighedsprojektet ikke lykkes, og jeg bliver syg af kærlighedslængsel, så må jeg overveje, om det, jeg har sagt, måske er en helt forkert historie. Måske er det slet ikke det, jeg ville sige, jeg ville nemlig ikke være konventionel. Min kærlighed er noget særligt, noget andet end den konvention og den afstand mellem dig og mig, som sætningen grammatisk lægger op til. Mit problem, erkender jeg nu, er et benævnelsesproblem. Jeg må finde en anden formulering. Den formulering, der udfolder mit forehavende må under behandling, ikke forehavendet.

Et andet eksempel: hvis jeg drikker meget og har det skidt, benævner jeg måske disse symptomer med formuleringen: »Jeg har et alkoholproblem«. Jeg benævner mine ubehagssymptomer med en formulering, som behandlingsmæssigt ikke umiddelbart levner en terapeut mange andre muligheder end at give mig ret. Medmindre terapeuten kan lytte sig frem til, at formuleringen *jeg-har-et-alkoholproblem* konnoterer eller associerer til en slet skjult dårlig samvittighed og beredvillighed over for en terapeuts forventede, systemtro diagnose og behandling, der ville lyde, »du har et alkoholproblem«, »du må skære ned på dit forbrug«. I så fald kunne terapeutens 'læsning' af mit *verbale symptom*, som man kan kalde det, gå i retning af, at jeg snarere havde et benævnelsesproblem og noget kunne tyde på, at min krop også havde det i og med at den skulle drikke alkohol som svar på de udfordringer, jeg stillede den overfor, og i og med, at kroppen udfoldede de omtalte ubehagssymptomer ved indtagelsen af alkoholen, som jeg verbalt forstod som, »jeg har et alkoholproblem«. Denne iagttagelse kunne give anledning til, at jeg *reformulerede* min fortælling, dvs. formulerede en gyldigere oversættelse af kroppens symptomer, hvorved jeg måske fik skabt mulighed for at håndtere den angiveligt psyko-sociale faktor i det pågældende syndrom på en mere stimulerende og adækvat måde.

Lad mig rekapitulere. Et symptom er sygdommen i sin fænomenologiske udgave, det er sygdommen, som den fremtræder for en observant. Det særlige ved den semiotiske forståelse af symptomet er, at kroppen på forskellige niveauer (biokemiske, organ etc.) fungerer som observant, men selv-

følgelig først og fremmest patienten selv, lægen og terapeuten. Symptomet er altså, når det bliver observeret, ikke et tegn, men sygdommen i en fremtoning. Symptomet bliver først til et tegn, et sygdomstegn, når det bliver benævnt (fortalt, udfoldet) af en observant (jf. Barthes (1985) og Foucault (1975)).

Symptomet benævnes og bliver gjort forståeligt og kommunikerbart. Sygdomstegnet er symptomet fortalt, benævnt *i form af en fortælling*. Benævnelsen er altså en udfoldning af en oplevelse i et sprog, principielt i et hvilket som helst sprog, f.eks. på krops- eller organniveau i den kodede kommunikation, som foregår dér eller på læge- og behandlerniveau i et medicinsk sprog. Det medicinske sprog har indbygget en syntaks, en grammatik, som udsiger sygdommens syntaks, dvs. den måde, man taler om sygdommen på, bestemmer opfattelsen af sygdommens forløb og dermed behandlingen. Det medicinske sprog udviser f.eks. en karakteristisk *tidsbeherskelse*, idet det benævner og forstår sygdommen som et hændelsesforløb inden for de velkendte faser:

fortid	——	anamnese	(vi kan <i>sige</i> , hvad der er sket)
nutid	——	diagnose	(vi kan <i>sige</i> , hvad der sker)
fremtid	——	prognose	(vi kan <i>sige</i> , hvad der vil ske)

Det medicinske sprog udfolder altså sygdommens betydning *i sit sprog*. Lægen og terapeuten forstår sygdommens syntaks, dvs. dens gradvise udfoldning af betydning, dens logik, i den medicinske syntaks's billede. I sin forestilling om tidsbeherskelse synes den dog vanskeligt at kunne tage højde for f.eks. patientens efterlods reformuleringer af tidligere hændelser, hvilket netop forekommer at være af stor betydning for behandlingen. Patienten forstår sin sygdom i *sit* sprog, i *sin* fortælling (med *sin* erfaring og erkendelse), ligesom kroppens forskellige niveauer gør det. Og det kan altså være et andet end lægens eller terapeutens. Symptomet er ikke et tegn på sygdommen, men sygdommen i sin virkelige *fremtoning*. Et symptom er et oplevet fænomen, et fænomen, som ved at blive benævnt bliver til et sygdomstegn. At have et symptom er en eksistentiel eller levet relation mellem et oplevelsessubjekt og oplevelsen af fænomenet.

Kroppen 'læser' og forstår ved at benævne stimuli eller signaler, som man kunne kalde symptomer på 'lavere' niveau, i det sprog og med den syntaks, som den nu er i besiddelse af. Man kan sige, at kroppen svarer, som den er i stand til. Ofte svarer den i øst, når den udfordres i vest. Det vi normalt betragter som en registrering af et symptom på en sygdom er altså en benævnelse eller en læsning af en kritisk situation (typisk en stress-situation), der igen kan læses af en ny observant osv. i princippet i det uendelige. I praksis stopper rækken af læsninger eller diagnoser, når behandlingen begynder. Behandlingen kan foretages *fra* et hvilket som helst niveau i den reflektive, semiotiske proces, men den kan ikke springe noget niveau

over. At den ofte gør det i det føromtalt kausale system, er netop karakteristisk for forskellen mellem de to betragtningsmåder. Det kausale syn føler sig forstyrret af for mange symptomniveauer, signalet bliver for komplekst og for mangetydigt til, at man med sikkerhed ved, hvad man skal stille op med det.

Ikke blot diagnostikken, men altså også terapien må forstå sig som refleksive, semiotiske processer og ikke – med sporadiske undtagelser – som kausale tolkningsprocesser. Behandlingen må gå ad den læsningens, kringlede vej som betydningen har gået, og ikke bare ad kausalitetens, dobbeltsporede motorvej. Endvidere må man tage i betragtning, at ethvert symptom og enhver symptom-læsning er et sammensat væv af symptomer og læsninger, der tilsammen udgør den specifikke krise og dens specifikke læsning eller forståelse.

Med en skitsering af hvorledes en refleksiv, semiotisk betydningsproces forløber, har jeg forsøgt at give et bud på et begrebsmæssigt og metodisk grundlag for en kvalitativ tilgang til diagnose og behandling, der kan håndtere semiotiske (dvs. betydende) processer, og dermed har jeg peget på et mere fintmasket forskningsfelt end det den kvantitative, kausalitetsdominerede tilgang til sygdomsområdet synes at frembyde.

Den dialogiske fortællemodel

Det er min opfattelse, at selv når man praktiserer *samtaleterapi* i klinikken eller i terapien, sker det oftest med henblik på en tolkning af den observerbare situation, som man opfatter som et udtryk for noget andet væsentligere, der ligger bag det observerede sete eller hørte. Det, jeg sigter mod med en *dialogisk fortællemodel*, er, at man skal betragte den terapeutiske og kliniske situation som et verbalt og kropsligt rum, et dialogisk felt, hvor noget bliver til – måske for første gang, i stedet for straks at forsøge at forstå sygdomsbilledet igennem en tolkning af det sete eller det fortalte ud fra en forestilling om, at der blot findes en systemimmanent, kausal-logisk forklaring af psyko-biologisk karakter på dårligheden. Både terapeut og patient bør snarere opfattes som læsere og lyttere af og betragtere til det, der udfolder sig mellem dem. Derved vil man opdage, at noget meningsfuldt opstår som en original sammenknytning af en flerhed af de faktorer, der spiller sammen i sygdomsbilledet.

Som litterat med særlig interesse for de æstetiske og kommunikative virkemidler som litteraturen betjener sig af, skal man selvfølgelig passe på med at gøre sig alt for klog på moderne neurologiske eller psykoanalytiske teorier, selvom jeg for mange år siden faktisk beskæftigede mig noget med teorier om overordnede struktureringscentre i højre og venstre hjernehalvdel (jf. Thobo-Carlsen 1984). Derimod vover jeg med disse overvejelser at gøre mig en smule klog på, hvad det er for mekanismer, der kan

siges at træde i funktion, når vi forsøger at forstå, hvad der sker i os selv og med os selv i forhold til vores omgivelser og andre mennesker. Det kan være i dagligdagens forskellige tilspidsede stress-situationer, men det kunne også være i forbindelse med det, der sker med en, når man f.eks. mister evnen til at få hold på sin tilværelse efter en voldsom, traumatisk oplevelse som sygdom, død, vold, krig, incest, voldtægt osv. Jeg holder mig altså til, hvordan vi forstår eller oplever, at vi er syge, psykisk ude af balance eller i det hele taget, hvordan vi forstår vores følelser, stress, glæde, sorg, fortvivelse og lign. Jeg går altså ikke ind i det neurologiske, anatomiske og medicinske, men bliver i det forståelsesmæssige, såvel på det personlige som på det klinisk terapeutiske plan. Det er nemlig karakteristisk for den slags situationer, at de skaber kommunikative, dialogiske rum, hvori der foregår en oftest verbal interaktion mellem to eller flere personer og/eller bevidstheder. Man fortæller altid, hvad man oplever til en anden. Det må dog her præciseres, at ordet *dialogisk* ikke er bundet til det verbale medium og i øvrigt heller ikke til nogen former for tosomhed. *Dia-* betyder vekselvirkning, det at noget bliver til hen over en adskillelse f.eks. i tid eller hen over en forskel f.eks. af social karakter – i modsætning til *di-* som betyder to-. *Logos* betyder som bekendt bevidsthed, tanke, fornuft, ord. *Dialog* betegner altså i denne brug af ordet den interferens, der udvikler sig mellem to eller flere (u)bevidstheder, her i sproglig klædedragt, men principielt i et hvilket som helst medium.

Det er højest sandsynligt, at læseren genkender meget af det her omtalte fra sin professionelle arbejdsdag (og det er jo kun godt), blot gør han/hun det måske ud fra en anden teoribygning, en mere klassisk psykoanalytisk og tolkningspræget forståelse af mødet med patienter og klienter i klinikken eller i den terapeutiske situation end den forståelse, som jeg ud fra et dialogisk-semiotisk udgangspunkt vil argumentere for.

Eksempelvis ville jeg forsøgsvis opfatte *selvmordet* som en anti-fortælling, et nul-sprog, ikke en tavshed, en hævn eller en flugt, men en fortællelemæssig magtesløshed og en sprogløshed. Jeg vil opfatte selvmordet som en manifestation af, at der ingen anden har været til stede, som har kunnet være med til at etablere det verbale og kropslige dialogiske rum, hvori en ny fortælling og derved en ny selvforståelse kunne blive til. Der har øjensynligt manglet den anden, i hvilken jeg kan genfinde mig selv, eller ved hjælp af hvilken, jeg kan finde en anden i mig selv. For som den russiske sprog- og litteraturforsker *Mikhail Bakhtin* er inde på i forbindelse med sit studium af Fjodor Dostojevskis forfatterskab⁵, så kan mennesket billedligt

5 Mikhail Bakhtin: *Problems of Dostevsky's Poetics* (1993). – For Bakhtin (1895-1975) er sprog og bevidsthed knyttet tæt sammen fra makroplanet til mikroplanet. Hans begreber om flerstemmighed, forskelligsprogethed og dialogisering af sproglige ytringer er centrale temaer i et andet af hans hovedværker, der netop er oversat til dansk med titlen: *Ordet i romanen* (2003).

talt ikke hive sig selv op ved håret: »Adskillelse og udelukkelse fra andre og indelukkelse med sig selv er hovedårsagen til tabet af sig selv«, og han hævder videre, at godt nok er man bevidst om sig selv, men man bliver først sig selv – i al ikke-selvtilstrækkelighed – ved at eksponere (»revealing«) sig selv for en anden, gennem en anden og ved hjælp af en anden.⁶ ‘Ansigt-til-ansigt’ som den franske filosof Emmanuel Levinas siger. To mennesker over for hinanden med front mod hinanden er *tilværelsens filosofiske første*, som han kalder det. Bakhtin fortsætter: »at være betyder at være for en anden og gennem en anden for en selv« og sætter det på spidsen ved, samme sted, at give udtryk for, at *en person ikke har noget indre suverænt territorium, men befinder sig helt og holdent altid på tærsklen mellem sin egen bevidsthed og en andens bevidsthed*. Derfra ser man så ind i sig selv – med en andens øjne. Allerede i sproget, når man begynder at anvende sprog i skrift eller tale, rykker man lidt væk fra sig selv og fra alting faktisk. Men man træder på den anden side også samtidig ind i en kommunikationssituation. Sprog er jo i sit væsen *meddeleligt*, noget man *deler med* en anden.

Det er bl.a. derfor, jeg vil hævde, at fortælle-situationen kan noget, som en almindelig snak eller samtale ikke kan, beslægtet som fortælle-situationen jo er med litteraturen, når den er mest kompleks og rummelig. Tænk f.eks. på selvbiografien og på dagbøger (de hemmelige dagbøger). Der er altid noget drømmeagtigt og noget fiktivt over dem.

Men tilbage til kroppen og de somatiske sygdomssymptomer. Her er mit udgangspunkt det, at også kroppen taler et sprog, dvs. reagerer på den måde, den nu ‘har lært’, som jeg var inde på tidligere. Det kender vi alle. Den reagerer på f.eks. psykisk og fysisk stress på *sin* somatiske måde. Den prøver at ‘fortælle’ *sin* historie på *sin* måde. Den kan vi så oversætte, tolke eller opleve på forskellige måder. F.eks. kan vi tolke reaktionerne kausal-logisk ud fra vore naturvidenskabelige livs- og omverdenssyn. Vi kan endog genfortælle kroppens reaktioner. Men blot med det formål, at beskrive det somatiske eller fysisk-kemiske forløb, som – det vi kalder – sygdommen har haft og har. Det er for så vidt en klar og tydelig envejskommunikation, der har til formål professionelt og objektivt at forstå, hvad det er, kroppen siger. Den levner til gengæld ikke samtalepartneren (f.eks. kropsindehaveren eller patienten selv) nogen mulighed for at gribe ind i kommunikationen eller lave om på noget, bringe nye overraskende momenter ind i den observerende behandlers kausal-logiske forståelse af symptomerne. Nej, for hvis der skal være mulighed for det, skal der nok helt andre kreative midler til. Så skal vi nemlig bryde med vores subjekt-objekt eller apparatfikserede billede af vores kropsfunktioner. Fortællingen kunne være et sådant middel, men andre former for dialogisk baserede æstetiske eller imaginative udfoldelser kunne komme på tale, hvor flere forskellige bevidstheder finder vej i et komplekst og flerstemmig udtryk

6 *ibid.*: 287. Alle oversættelser er mine egne.

eller diskurs, jf. bl.a. Bent Rosenbaums og Harly Sonnes *Det er et bånd er taler* (1994). Men vi kender det også fra vores drømme, fra ironi og vittigheder, fra karnevalet og fra utallige myter og sagn, hvis funktion jo ofte er at mediere modstridende forestillinger og bevidstheder. En sådan samtidighed af flere stemmer kan foregå som en indre dialogicitet i den samme person eller på foranledning af en skaberinstans, f.eks. i et litterært værk af forfattertyper som Fjodor Dostojevskij, Samuel Beckett, Svend Åge Madsen og mange andre. Muligvis er denne dialogiske kompleksitet og flerstemmighed litteraturens og kunstens mest dominerende karakteristikon, men altså interessant nok ikke forbeholdt disse udfoldelsesformer.

De muligheder for terapien, der ligger i litteraturen, i kunsten, i æstetikken og i det imaginære, kan hænge sammen med, at æstetikken i sin grundkarakter, i modsætning til det kognitive eller det blotte vidensbaserede, er positiv, receptiv og accepterende. For vi må jo huske på, at livet ikke kun findes *uden for* fortællingen, men det findes i fuldt flor *inden for* den, med hvad dertil hører af sociale, bevidsthedsmæssige og følelsesmæssige værdier. Den særlige oplevelsesform, som fortællingen tilbyder, overfører blot disse værdier til et andet plan, hvor de kan over- og underordnes hinanden på en anden måde. De traditionelle årsagssammenhænge brydes op. Elementerne individualiseres, konkretiseres og fordøjes på en ny og anderledes selvinvolverende måde. Det med det selvinvolverende er afgørende, når man skal læse og forklare sine egne psykiske og fysiske forandringer. I formen, i måden fortællingen er skruet sammen på, finder jeg mig selv, dvs. min egen produktive og værdimæssige formgivende aktivitet. Jeg føler intenst, at det er mig selv, der skaber fortællingen om min tilstand, og derigennem får jeg en oplevelse af at have indflydelse på de kræfter og sammenhænge, som jeg socialt og fysisk-kemisk er en del af. Jeg oplever i og med dette kreative intermezzo, som fortællingen er, mit eget aktive værdimæssige forhold til min egen krop og mit eget liv. Men én ting må man ikke glemme: det sker i en dialogisk form og kontekst. Det er i kraft af den andens aktive tilstedeværelse som lytter og dialogpartner, at jeg selv bliver i stand til billedlig talt at se mig selv med en andens øjne. Noget der jo ellers ligger uden for mulighedernes grænser. Ligeegyldigt hvor intenst man ser på sig selv i spejlet og umiddelbart synes, at man ser sig selv med det synsoverskud, en anden besidder, må man erkende, at man ser sig selv indefra, med sine egne 'indre' øjne så at sige. Men i kunsten og i litteraturen, er det – måske – muligt. Selvom man der nok snarere må tale om den andens *verbale* overskud frem for *synsoverskud*. Men forudsætningen er, at man spiller det dialogiske kort, at man lader de mange stemmer tale. Dvs. at man eksperimenterer med en fortælleform, som rummer ofte modstridende lyster og stemmer, hvorved nye og hidtil utænkelige muligheder kan opstå og noget nyt blive til.

Den kreative æstetiske form (som fortællingen *kan* være) adskiller sig fra den kognitive vidensbaserede form ved, at den som udgangspunkt har

en *skabende* subjektinstans. Den kognitive form er knyttet til objektet, som jeget ikke føler, det har nogen indflydelse på (og netop heller ikke skal have det, ideelt set). Det kognitive kan godt nok være aktivt, i udvikling og forandring, men det fornemmer ikke på samme måde sin egen aktivitet. For som Bakhtin argumenterer⁷: følelse kan kun være individuelt, knyttet til en person, eller for at være præcis, følelsen af ens egen aktivitet har ingen adgang til den objektrelaterede måde at tænke på, den forbliver udenfor som en slags subjektiv, psykologisk tilskud til de objektive forhold og ikke mere. Videnskaben som objektivt beskæftigende sig med objektrelaterede forhold opererer ikke med en instans, der griber skabende ind i selve den kognitive verden. Denne forskel mellem den kreative, æstetiske form og den kognitive vidensbaserede form hænger måske også sammen med, at det æstetiske i sin grundkarakter er knyttet til sanserne, altså til det kropslige. Det æstetiske, som vi f.eks. møder i kunsten og i litteraturen taler kroppens sprog på en anden og mere direkte jeg-involveret måde end rationaliteten og den jeg-distancerede, objektbaserede, naturvidenskabelige måde. De to måder burde i højere grad supplere hinanden i den terapeutiske og kliniske hverdag, og ikke som nu ofte udelukke hinanden.

Hvis man har fået lyst til at gå på opdagelse i litteraturen for at finde eksempler på, hvordan den selv tackler det her problem, så kan jeg stærkt anbefale *Samuel Becketts* forfatterskab. En lille bog, som karakteristisk nok hedder *Selskab, Company* på engelsk, skrevet i 1979, udfolder, som titlen antyder, jegets vanskeligheder med at være sig selv, at være sit eget selskab, så at sige. Men måske mest kendt er hans trilogi, *Molloy, Malone dør og Den unævnelige*, skrevet i slutningen af 40'erne lige efter den anden verdenskrig. Den er stærkt anbefalelsesværdig vedrørende spørgsmålet om introspektion over for invention, altså på den ene side det at krybe ind i sig selv ud fra den tro, at man kan finde sig selv i sig selv v.h.j.a. sig selv, over for på den anden side at gå på opdagelse i form af at fortælle historier, som alle mere eller mindre handler om én selv, men jo altid på en bortvendt eller indirekte måde, gennem en anden. Det specielle ved Becketts tekster er, at ingen af delene lykkes særlig godt for jeget i teksten, dvs. på figurplanet, men at de til gengæld må siges at være yderst stimulerende for den læser, som investerer et aktivt 'jeg' i læsningen i kraft af den læserrolle, man påtager sig. På den måde deltager man i og gennemlever alle vanskelighederne og eksperimenterer som sådan med sit eget liv og sine egne muligheder for forandring. Oplevelsen synes nemlig at gå på, at når noget ikke lykkes fuldt ud, som man havde forestillet sig det, så kan der være en vis forløsning i det blotte eksperiment med populært sagt at søge en anden i sig selv gennem en anden. Når man så i sidste ende må erkende, at det nok er en illusion, man kan ikke blive en anden, det vil altid mislykkes, ja så er der kun

7 Bakhtin 1995: 304

tilbage – som Beckett siger et sted – at mislykkes bedre (»fail better«⁸). Hvilket *ikke* vil sige at være bedre til at leve med nederlaget, eller at affinde sig med tingenes tilstand, men derimod at være bedre til på en kreativ måde at leve med den opdagelse, at det betydningsfulde i livet er baseret på forskelle, afvigelser og udfordringer og ikke på enshed, entydighed og en bli-ven ét med det, man attrår.

Tænk på Orfeusmyten, om Orfeus, der i realiteten kun kan redde, det han elsker ved at give afkald på det. Han kan kun få sin Euridike med op fra dødsriget, hvis han lover ikke at vende sig om for at betragte hende, før han er nået til grænsen mellem de levende og de døde. Han kan som bekendt ikke modstå fristelsen og vender sig om, hvorved hun atter dør, og Orfeus må i al fremtid i stedet *synge* sin kærlighed og sin sorg. Det er jo sådan set billedet på vores vilkår i forholdet til os selv. Vi kan kun finde os selv ved at give afkald på os selv.

Jeg kan ikke se ind i mig selv og derved erkende min sygdom eller min fortvivlelse. Hvem skulle det 'jeg' være, som pludselig skulle kunne se 'sig selv' fuldstændig objektivt udefra? Jf. spejlbilledet fra før. Det kan kun en anden, men det er jo så ikke mig selv! I hvert fald ikke umiddelbart. Derfor gælder det om, lidt kringlet sagt, at finde sig selv i en anden ved at finde en anden i sig selv. Man kan ikke tale eller skrive om sig selv uden at *forstille sig*, dvs. give afkald på sin oprigtighed (som vi så i Orfeusmyten).

Hvis man oplever det udsigelige, det komplekse og det uforståelige, som en uforløst medspiller i ens krop og i ens liv, og hvis man oplever det som en af vanskelighederne med at forstå årsagen til og udviklingen af ens traume eller sygdom, så kunne fortællingen være den forløsende formidler mellem alt det ellers uforklarlige. Fortællingens sprog har nemlig den særlige evne, at det både kan stå for det, det siger og for det, det netop ikke siger. Det er nemlig ikke blot meddelelse af det, der lader sig meddele, men også symbol eller stedfortræder for det, der ikke lader sig meddele.

Det forholder sig nemlig sådan med litteraturen, at indre billeder og forestillinger i fortællingen bliver bundet sammen til en strukturel eller fortællemæssig meningsfuldhed, som ikke behøver at være sand eller falsk i forhold til den omgivende virkelighed, men blot meningsfuld på sine egne præmisser, f.eks. som det man kalder 'en go' historie'. Heri ligger tilsyneladende det katharsiske og befriende ved litteraturen.

Det, der før var kaotisk og knugende, fordi det ligesom levede sit eget liv, kom og gik på den mest ubehagelige måde, fordi man ikke kunne kontrollere det, har med fortællingen fundet en form, hvori man oplever sig selv som kontrollerende. Det kan skyldes flere ting. Dels genkendelsesmomentet: man genkender strukturen fra andre fortællinger, agenterne optræder ofte som genkendelige figurer, gode og onde, givere og modtagere, hjælpere og modstandere. Dels oplever man, at man, som jeg før var inde

8 Beckett 1983: 7

på, selv har en finger med i spillet. Det er én selv, der aktivt og kreativt sammenstiller fortællingen. Man er på én gang den aktive og den kontrollerende instans. Det med kontrollen er vigtig. Man føler, at man har indflydelse på symptomet, når man forstår det i fortællingens form. Fortællingen har også den fordel, at den kan sammenstille og sammenflette en hel vifte af livsvilkår i en meningsfuldhed (familiemæssige, økonomiske, kærlighedsmæssige, seksuelle, selvværds-mæssige etc.). Lidt ligesom drømmene gør det, men måske med endnu større katharsiseffekt, pga. jegets følelse af at have aktiv, kreativ indflydelse på processen, hvad man jo netop ikke har i drømmen.

Man kunne derfor som konklusion formulere følgende foreløbige hypotese om, hvordan man forstår forholdet mellem det, vi kalder 'sygdom', og det, vi kalder 'symptom':

- Sygdommens symptomale fremtræden synes at være en konsekvens af det sprog og den diskurs, der forstår symptomet, og derved gør det til et tegn på sygdommen.
- Sygdomsbestemmelsen, diagnosen, er afhængig af det livssyn og det videnskabs-syn, der er til rådighed for selve forståelsesprocessen.
- Ved at ændre på den diskursive praksis i terapien og i klinikken vil man kunne komme frem til en anden form for sygdomsforståelse.
- En sygdomsforståelse, der bygger på patientens egen fortælling, giver ham eller hende mulighed for at formulere en sammenhængende historie (måske overhovedet for første gang), som man selv føler sig som en del af og derfor bedre kan kontrollere, med større mulighed for helbredelse til følge.

REFERENCER:

- BAER, E. (1988): *Medical Semiotics*, Lanham, MD: University of America Press.
- BAER, E. (1989): »Semiotics and medicine« in *The Semiotic Web 1988* (Thomas A. Sebeok & Jean Umiker-Sebeok, eds.), Berlin, New York: Mouton de Gruyter, pp. 215-269.
- BACHTIN, M. M. (2003): *Ordet i romanen*. Kbh.: Gyldendal. (1934-35).
- BAKHTIN, M. (1993): *Problems of Dostevsky's Poetics*. Minneapolis: University of Minnesota Press (1963).
- BAKHTIN, M. (1995): »The Problem of Content, Material, and Form i Verbal Art« (1924). I: *Art and Answerability. Early Philosophical Essays by M.M. Bakhtin*. Austin: University of Texas Press (1990).
- BARTHES, R. (1985): »Semiologie et médecine«. I: *L'aventure sémiologique*, Paris: Seuil (1972).
- BECKETT, S. (1983): *Worstward Ho*. London: Calder.
- BECKETT, S. (1996): *Company*. London: Calder (1979). På dansk: *Selskab*. Viborg: Arena, 1981.
- BECKETT, S. (1996): *Molloy, Malone dør, Den unævnelige*. Kbh. Gyldendal (1951-53).

- FOUCAULT, M. (1975): *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris: Press universitaires de France, (1963), (findes i eng. overs. og på dansk som *Klinikens fødsel*).
- HAGA, E. og THORGAARD L. (2003): »Tiden sårer alle læger«. I: *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, januar 2003, nr. 1.
- HERMAN, J. L. (1995): *I voldens Kølvand. Om psykiske traumer og deres heling*. Kbh.: Hans Reitzel.
- KORSBEK, L. (2000): »Psykoanalysens overføring: Bevægelsen mod et dialogisk paradigme«. I: *Psyke & Logos 2*, Kbh. 2000, s. 581-99.
- MATHIESON, C.M. and BARRIE, C.M.1998): »Probing the prime narrative: Illness, interviewing, and identity«. I: *Qualitative Health Review*, vol. 8, no.5, sept.
- MUNSON, P. (2000): »Story Language: A Sacred Healing Space«. I: tidsskriftet *Literature and Medicine*, fra foråret 2000 med titlen Writing and Healing.
- PENNEMAKER, J. W. (2000): »Telling stories: The Health Benefits of Narrative«. I: tidsskriftet *Literature and Medicine*, fra foråret 2000 med titlen »Writing and Healing«.
- Recherche Semiotiques/Semiotic Inquiry* fra 1999. Tidsskrift med interessante artikler om bl.a. forholdet mellem den semiotiske og den tolkningsmæssige tilgang til kroppen og en introduktion til det nye felt, Biokulturel semiotik.
- ROSENBAUM, B. og SONNE, H. (1994): *Det er et bånd der taler*, Kbh.: Gyldendal (1979).
- STAIANO, K.V. (1979): »A semiotic definition of Illness«. I: *Semiotica 28* (1/2), pp. 107-125.
- STAIANO, K.V. (1986): *Interpreting Signs of Illness*, Berlin: Mouton.
- THOBO-CARLSEN, J. (1984): »Selektion og kombination. Om struktureringsprincipper for sprog- og symboldannelse i skrift og tale og deres tilknytning til henholdsvis venstre og højre hjernehalvdel«. I: *Æstetik og kommunikation*, Odense: Odense Universitetsforlag.
- THOBO-CARLSEN, J. (1993): »At læse sygdomstegn«. I: *Agrippa – psykiatriske tekster*, 14. årgang, nr. 1-2, FADL, 1993: 15-27.
- THOBO-CARLSEN, J. (1996): *Dialogisk poetik. Om litterær kommunikation og dialogisk udsigelse*. Odense: Pjecer fra Institut for Litteratur, Kultur og Medier, Syddansk Universitet.
- THOBO-CARLSEN, J. (1999): *Litteraturen. Kroppen. Masken. Til en Læsnings Semiotik*. Odense: Odense Universitetsforlag.
- THOBO-CARLSEN, J. (2003a): »Læsnings (an)svarlighed«. I: *Modernismens betydende former*, red. Gorm Larsen og John Thobo-Carlsen, *Modernismestudier 3*, Kbh.: Akademisk Forlag.
- THOBO-CARLSEN, J. (2003b): »Viljen til form«. I: *Modernismens betydende former*, red. Gorm Larsen og John Thobo-Carlsen, *Modernismestudier 3*, Kbh.: Akademisk Forlag.
- THOBO-CARLSEN, J. (2004): »Hvem er 'jeg'«. I: *Modernismeanalyser* [arbejdstitel], red. Ove Christensen og Claus Falkenstrøm, *Modernismestudier 4*, Kbh.: Akademisk Forlag. [under udgivelse].
- von UEXKÜLL, T. (1984a): »Symptome als Zeichen für Zustände in lebende Systemen«. I: *Zeitschrift für Semiotik*, Band 6, Heft 1-2, Tübingen: Stauffenburg Verlag, pp. 27-36.
- von UEXKÜLL, T. (1984b): »Historische Überlegung zu dem Problem einer Medizin-Semiotik«. I: *Zeitschrift für Semiotik*, Band 6, Heft 1-2, Tübingen: Stauffenburg Verlag, pp. 53-58.